

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00574 vom 15. August 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00574

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00574 du 15 août 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00574 del 15 agosto 2017

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für

sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1 mit Hinweisen).

E. 1.4

Gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabebereich zu betätigen oder bei einer Verminderung der Hilflosigkeit, des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder des Hilfebedarfs die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die hierzu notwendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 119 V 7 E. 3c/aa mit Hinweisen).

Nach der bundesgerichtlichen Praxis zu Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Rente bei Wegfall der Invalidität im Normalfall erst nach Ablauf von drei Monaten seit dem Eintritt der anspruchserheblichen Veränderung aufzuheben (BGE

119 V 98 E. 4a, Urteil des Bundesgerichts I 569/06 vom 20. November 2006 E. 3.3).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Die Versicherte erhob am 17. Mai 2016 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 25. April 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und ihr sei weiterhin eine Rente auszurichten (S. 2 Ziff. 1) und es seien weitere Sachverhaltsabklärungen, insbesondere in Form von Rückfragen bei den Y.____-Gutachtern, zu tätigen (S. 2 Ziff. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 21. Juni 2016 (Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 24. November 2016 wurde antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. 3) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, die Y.____-Begutachtung habe ergeben, dass sich der Gesundheitszustand seit der Rentenzusprache im Dezember 2009 wesentlich verbessert habe. Seit spätestens Oktober

2015 bestehe wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der an gestammten Tätigkeit als Bürohilfs- und Servicekraft. Auch in allen anderen Tätigkeiten sei die Beschwerdeführerin vollständig arbeitsfähig. Einzig beim Heben und Tragen von Gewichten über 3-5 kg bestehe eine Einschränkung. Mit einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten könne die Beschwerdeführerin ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen. Es bestehe somit keinen Anspruch mehr auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung.

E. 2.2

Demgegenüber vertrat die Beschwerdeführerin den Standpunkt (Urk. 1), dass sich ihr Gesundheitszustand nicht wesentlich verbessert habe und das Y.____-Gutachten die rechtlichen Kriterien nicht erfülle (S. 3).

E. 2.3

Strittig ist die revisionsweise Aufhebung der bisher ausgerichteten ganzen Rente, wobei namentlich zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in wesentlich verbessert respektive sich die für die Invaliditätsbemessung massgebende Arbeitsfähigkeit verändert hat, und ob zur Beantwortung dieser Frage auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Y.____-Gutachten vom 9. November 2015 abgestellt werden kann.

Zu vergleichen ist dabei der Sachverhalt im Zeitpunkt der Rentenzusprache im April 2010 – da im Rahmen der Rentenbestätigung im März 2013 nur eine rudimentäre Prüfung erfolgte – mit demjenigen, welcher der hier angefochtenen Verfügung vom 25. April 2016 zugrunde lag. 3. 3.1

Der Rentenzusprache vom 7. April 2010 (Urk. 10/35) lag im Wesentlichen der folgende Bericht zugrunde: 3.2

Die Ärzte des Z.____ berichteten am 26. November 2008 (Urk. 10/16/4-10) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - Panikstörung mit Agoraphobie (ICD-10 F40.01) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie Störungen durch Alkohol, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.25). Sie führten aus, dass die Beschwerdeführerin seit dem 5. Juni 2008 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig sei (S. 1 Ziff. 2). Die Beschwerdeführerin leide unter verschiedenen psychiatrischen Diagnosen, die sich höchst wahrscheinlich gegenseitig stark beeinflussen würden. Im Haushaltsbereich sei sie zu 100 % arbeitsfähig (S. 6). 4. 4.1

Beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 25. April 2016 (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf die nachfolgenden Berichte: 4.2

Die Ärzte der Z.____ berichteten am 27. Juni 2014 (Urk. 10/75) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - Panikstörung mit Agoraphobie (ICD-10 F40.01) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine Störung durch Alkohol, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.25). Sie führten aus, dass sich unter der integrierten sozialpsychiatrischen Behandlung inklusive Medikation das psychische Zustandsbild der Beschwerdeführerin, jedoch nicht die Arbeitsfähigkeit verbessert habe. Es

sei davon auszugehen, dass für die Be schwerdeführerin eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt unzumutbar sei. In Anbetracht des Zustandsbildes müsse mit einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit bis auf weiteres gerechnet werden (S. 2 Ziff. 1.4). 4.3

Die Ärzte der A.____, Kompetenzzentrum für die Behandlung von Alkohol-, Medikamenten- und Tabakabhängigkeit, berichteten am 11. Mai 2015 (Urk. 10/106) über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 24. bis 31. März 2015 und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F10.25) - psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F17.25) - Anpassungsstörungen, Angst und depressive Reaktion, gemischt (ICD-10 F43.22) - Agoraphobie: mit Panikstörung (ICD-10 F40.01)

Sie führten aus, dass die Beschwerdeführerin zum stationären qualifizierten Alkoholentzugsprogramm angemeldet worden sei (S. 1). Die Beschwerdeführerin habe ohne entzugsbedingte Beschwerden vom Alkohol entzogen werden können. Zu Beginn habe sie Entzugssymptome wie Tremor und Hyperhidrosis gezeigt. Laut ihren eigenen Angaben habe sie das von ihrem ambulant behandelnden Psychiater eingesetzte Citalopram nicht weiter eingenommen. Es sei eine weitere psychopharmakologische Behandlung mit Cipralext besprochen worden. Die Beschwerdeführerin habe bereits nach einer einwöchigen Entzugsbehandlung berichtet, dass sie sich in der Klinik unwohl fühle und den stationären Austritt wünsche. Sie sei dann gegen ärztliche Empfehlung am 31. März 2015 nach Hause ausgetreten. Bei entsprechender Motivation könne die Be schwerdeführerin erneut eintreten (S. 2). 4.4

Die Ärzte der Y.____ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 9. November 2015 (Urk. 10/123) gestützt auf die Akten, die Untersuchungen sowie die Beschlüsse der interdisziplinären Konsens-Besprechung. Sie nannten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 19 Ziff. 6.1): - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik - klinisch dekonditionierte, atone Rumpfhaltung, leichte allseitige Einschränkung der LWS-Beweglichkeit - konventionell-radiologisch keine relevanten degenerativen Veränderungen, leichte Anterolisthesis von L4 zu L5 um 3 mm (Röntgen 7. Juli 2015), nicht progredient zum Vorbefund (CT 20. April 2010) - schichtbildgebend mediane Diskushernien L4/5 und L5/S1 mit Wurzel tangierungen beidseits, Bandscheibenprotrusion L3/4, nicht-stenosierende Spondylarthrose L4-S1 (CT 20. April 2010) - Status nach Wurzelreizepisoden zirka 2010 gemäss Dr. B.____, aktuell residuelle ASR-Minderung rechts

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie die folgenden (S. 19 Ziff. 6.2): - Alkoholabhängigkeit, aktiver Konsum (ICD-10 F10.25) - bei Verdacht auf dissoziale Persönlichkeitsakzentuierung - mögliche alkoholtoxische Myopathie der Oberschenkel - Untergewicht (BMI 18 kg/m²) - persistierender Nikotinkonsum - radiologisch Aortenverkalkungen - kutane Kupfer- und Nickelallergie anamnestisch

Sie führten aus, dass die Beschwerdeführerin mit einer Alkoholabhängigkeit vordiagnostiziert sei. Diese Diagnose sei aktuell zu bestätigen, wenngleich die Angaben der Beschwerdeführerin zu ihrer Suchtanamnese und der aktuellen Lage ihrer Suchterkrankung deutlich bagatellisieren und aus gefallen seien. Gemessen daran, dass der Beschwerdeführerin bereits vor über 20 Jahren eine Behandlung ihrer Sucht zur Auflage gemacht worden sei, sei von einem sehr langen Bestehen der Alkoholproblematik

auszugehen. In diesem Zusammenhang sei zu prüfen, ob die Alkoholabhängigkeit sekundärer Natur sei oder bleibende Schädigungen hinterlassen habe. Eine bleibende organische Hirnschädigung infolge des Alkoholkonsums komme nicht in Betracht. Ihre Angaben hinsichtlich sekundären Konsums von Alkohol aufgrund einer Angsterkrankung überzeugen nicht und würden vor allem unter der Tendenz fallen, sich im günstigen Lichte darzustellen und externalisierend zu attribuieren. Zudem werde von der Beschwerdeführerin keine eigentliche paroxysmale Angstsymptomatik geschildert, sondern am ehesten präsynkopale Zustände (S. 13 f.).

Das Vorliegen von agoraphobischen Ängsten sei etwas konsistenter geschildert worden. Es sei jedoch viel wahrscheinlicher, dass es sich dabei um habituiertes Verhalten der Beschwerdeführerin, welche seit geraumer Zeit einen sedentären Lebensstil pflege und Anstrengungen beziehungsweise unangenehme Aufgaben inklusive administrative konsequent meide, und nicht um eine eigentliche agoraphobische Symptomatik handle.

Das Bestehen von Angstsymptomen werde zudem mit einem späteren Datum angegeben, als die Entwicklung der Abhängigkeitsproblematik. Somit könne der sekundäre Charakter der Abhängigkeit ausgeschlossen werden. Die Beschwerdeführerin

habe sich in der aktuellen Untersuchung im erheblichen Ausmass manipulativ präsentiert. Die Neigung der Beschwerdeführerin, für das eigene Verhalten plausible rationalisierende Erklärungen anzubieten, könne als Zeichen einer dissozialen Persönlichkeitsakzentuierung gesehen werden. Ferner habe sich die Beschwerdeführerin mit konsistenten Anhaltspunkten für Malingering gezeigt, sodass in der Gesamtschau wahrscheinlich erscheint, dass die Angaben in den eingegangenen anonymen Schreiben dem tatsächlichen Ablauf entsprechen hätten.

Andere nach ICD-10 diagnostizierbare psychische Störungen lägen bei der Beschwerdeführerin nicht vor (S. 14).

Aktuell lasse sich zusammenfassend keine Diagnose einer Angststörung stellen, vor allem weil es unter der wirksamen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und kontinuierlichen Psychopharmakotherapie zu einer relevanten Besserung der Störung gekommen sei.

Das aktuell vorliegende Malingering könne daher als Ausdruck des Wunsches gesehen werden, den Status quo zu behalten.

Das Verhalten der Beschwerdeführerin lasse sich mit der Annahme einer dissozialen Persönlichkeitsakzentuierung gut vereinbaren. In der Gesamtschau ergäbe sich das Bild einer langjährigen Alkoholabhängigkeit mit sozialen Folgeschäden, wobei die Beschwerdeführerin in der Vergangenheit nur unzureichende beziehungsweise fehlende Compliance von suchtspezifischen Behandlungsmassnahmen gezeigt habe und auch aktuell nicht motiviert sei, auf Suchtmittel zu verzichten. Hier sei zudem erwähnenswert, dass die von der Beschwerdeführerin beklagten Stürze unter Verzicht auf Alkohol sehr wahrscheinlich eliminiert werden könnten. Defizite, welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin herabsetzen würden, hätten sich in der aktuellen Untersuchung nicht objektivieren lassen (S. 15).

Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführerin aufgrund der radiologisch ischen degenerativen Veränderungen vor allem des unteren Achsen-skeletts, aber auch der HWS, muskuloskelettär eine etwas verminderte Belastbarkeit zuzuerkennen. Zum

Untersuchungszeitpunkt aktuell f ä nden sich aber keine Zeichen einer radikulären Symptomatik. Für biomecha nisch ange passte Tätigkeiten sei aus isoliert muskuloskelettärer Sicht keine quantitative Einschränkung zuzuerkennen (S. 17) . G egenüber dem Zustand von 2010 ha be sich muskuloskelettär die Situation insbesondere betreffs des degenerativen Rü ckenleidens wohl eher etwas gebessert und stabilisiert. Das Ausmass der zumut baren Arbeitsfähigkeit aus muskuloskelettärer Sicht k ö nne aber retrospektiv über die Jahre 2010 bis 2015 nicht zuverlässig abgeschätzt werden, insbeson dere auch nicht der Zeitpunkt eines allfälligen Abklingens einer radiku lären zusätzlichen Symptomatik. Aus aktueller gutachterlicher Sicht erg ä ben sich in der jetzigen Gutachtens-Untersuchungssituation keine Hinweise auf Aggrava tion, Simulation oder Selbstlimitation (S. 18) .

Nach aktueller psychiatrischer Einschätzung besteh e bei der Beschwerdeführe rin , entgegen der im Rahmen der ambulanten Therapien getroffenen Annahme, keine relevante Angsterkrankung. Es sei davon auszugehen , dass im Vorder grund die langj ährig vorbestehende Alkoholabh ä ngigkeit zu sehen sei . Diese k ö nne nicht als sekundär im Rahmen eines etwaigen eigenständigen psychiat rischen Krankheitsbi l des gewertet werden. Insgesamt seien Hinweise für Inkon sisten zen und Malingering vor gelegen , insbesondere bezüglich der Schilderung der von der Beschwerdeführerin erlebten Angstsymptomatik. Diese habe letzt endlich nicht einer eigenständig relevanten Angsterkrankung zugeordnet wer den können . Vielmehr sei ein manipulativer Charakter der vorgetragenen Symptome auffällig gewesen . Eine relevante Einschränkung der Alltagsgestal tung sowie der theoretischen Arbeitsfähigkeit k ö nne durch die vorgetragenen Angstsymptome nicht abgeleitet werden. Im Vordergrund st ünden die sozialen Folgeschäden der langjährigen Alkoholabhängigkeit . Die Compliance bezüglich Alkoholabstinenz sowie bezüglich spezifischer Behandlungsmethoden sei in der Vergangenheit bei der Beschwerdeführerin reduziert gewesen. S o habe sie zu letzt im Frühling dieses Jahres eine eigentlich geplante Alkoholentzugsbehand lung resp ektive Langzeitbehandlung ab gebrochen . Über das Vorliegen einer re zidivierenden depressiven Störung zum Zeitpunkt der Rentenzu s prache mit zum damaligen Zeitpunkt gegenwärtig leicht er Episode k ö nne heute keine andere Aussage als in der

Aktenlage angegeben getroffen w erden , zumal depressive Er krankungen in ihrem Ausprägungsgrad schwanken könn t en. Zum aktuellen Zeitpunkt habe keine relevante depressive Störung nachgewiesen werden kön nen . Insofern k ö nne aus psychiatrischer Sicht gesagt werden, dass sich der Ge sundheitszustand seit dem Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprache im Jahre 2009 gebessert ha be . Aus rheumatolog ischer Sicht ha be sich der Gesundheits zustand der Beschwerdeführerin gegenüber dem Jahre 2010 muskuloskelettär besonders in Bezug auf das degenerative Rückenleiden leicht verbessert bezie hungsweise stabilisiert (S. 21) .

Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin

habe sich aus psych iatrischer und aus rheumatologi scher Sicht im Vergleich zum Zeitpunkt der erstmaligen Re ntenzusprache im Jahre 2009 ver bessert. Eine relevante Angsterkrankung sowie eine releva nte affektive Erkrankung hätten aktuell ausgeschlossen werden können. Im Vordergrund st ünden die Suchterkrankung und die damit ein-her gehenden sozialen Folgeerscheinungen.

Für die von der Beschwerdeführerin ausgeübten Tätigkeiten im Bereich Administration sowie im Bereich Service/Barkeeping besteht sowohl aus psychiatrischer als auch aus rheumatologischer Sicht keine relevante Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der leicht verminderten Belastbarkeit des Bewegungsapparates könne die Beschwerdeführerin körperlich leichte, wechselbelastende, nicht ausschliesslich sitzende und stehende Tätigkeiten ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten von mehr als 3-5 kg, und ohne Tätigkeiten in gebückter, kauender Körperhaltung oder Überkopparbeiten vollzeitig verrichten. Aus rheumatologischer Sicht könne der Zeitpunkt einer Verbesserung des Zustandsbildes wegen der geringen Vordokumentation in der Aktenlage schwer datiert werden. Aus psychiatrischer Sicht bestünden erhebliche Diskrepanzen in diagnostischer Hinsicht bezüglich des Vorliegens einer Angsterkrankung. Es sei davon auszugehen, dass eine solche nicht vorliege, da die Diagnose einer Angsterkrankung jedoch weitestgehend auf anamnestischen Angaben beruhe und die Vordiagnosen in der Aktenlage heute nur unzureichend nachvollzogen werden könnten, könne die heute festgestellte Arbeitsfähigkeit gesamtmedizinisch gesehen nur auf den aktuellen Gutachtenszeitpunkt datiert werden.

Aus rheumatologischer Sicht könnten physiotherapeutische Massnahmen sowie eine weitergehende rheumatologische Betreuung empfohlen werden. Aus psychiatrischer Sicht seien medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit nicht zu empfehlen, da diese nicht eingeschränkt seien. Grundsätzlich sollte die Beschwerdeführerin je doch weiterhin sozialpsychiatrisch angebunden bleiben und eine weitere Behandlung der vorhandenen Alkoholabhängigkeit erfolgen (S. 22). 4.5

Am 26. November 2015 wurde im C.____ eine Computertomographie (CT) der Halswirbelsäule (HWS) und Lendenwirbelsäule (LWS) durchgeführt. Dabei stellten die Ärzte eine linksanterolateral betonte Deckenplattenimpression LWK 4, vermutlich älterer Genese fest, welche im Befund der Voruntersuchung vom 20. November 2010 nicht erwähnt sei. Es hätten so dann gut erhaltene Bandscheibensegmente mit nur moderatem Bulging LWK 3 bis SWK 1, keine Diskushernie und frei verlaufende Nervenwurzeln festgestellt werden können (Urk. 7). 4.6

Die Ärzte der Z.____ berichteten am 19. Februar 2016 (Urk. 3/4) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2): - Panikstörung mit Agoraphobie (ICD-10 F40.01) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.2) - Störung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F10.25)

Sie führten aus, dass die Beschwerdeführerin die Vorgängerinstitution im März 2001 konsultiert habe. Es hätten drei Konsultationen stattgefunden. Die Beschwerdeführerin sei sodann von Juni 2008 bis Ende 2011 und von Anfang 2013 bis Ende 2014 zirka alle zwei bis drei Wochen zu Konsultationen gekommen. Seit zirka April 2015, bedingt durch die Agoraphobie mit Panikstörung habe die Beschwerdeführerin die Termine nur noch sehr unregelmässig wahrnehmen können. Seit Juni 2015 hätten nur noch telefonische Konsultationen stattgefunden. Die medikamentöse Compliance der Beschwerdeführerin sei ungewiss (S. 1). Mit einer Veränderung der Arbeitsfähigkeit sei in den nächsten Jahren nicht zu rechnen. Der Verlauf der Erkrankung sei chronifiziert. Alle Bereiche des Lebens seien stark beeinträchtigt. Aktuell werde ein stationärer Alkoholentzug empfohlen und anschliessend eine Entwöhnungstherapie, danach eine erneute Beurteilung der

Arbeitsfähigkeit. Bezüglich des Alkoholabhängigkeitssyndroms werde die Entwicklung anders als im Y.____-Gutachten beurteilt. Die Beschwerdeführerin möge zwar im Laufe ihres Berufslebens bereits regel mässig Alkohol konsumiert haben, aber eine Abhängigkeit und ein relevanter gesundheitsschädigender Konsum scheine sich erst nach der Geburt des ersten Kindes und der folgenden depressiven Episode sowie Angstproblematik entwickelt zu haben (S. 2). Die Beschwerdeführerin sei sowohl in ihrem angestammten Beruf als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (S. 3). 5. 5.1

Der Renten zusprache vom 7. April 2010 (Urk. 10/35) lag im Wesentlichen ein Arztbericht der Ärzte des Z.____ zu grunde. Die Ärzte des Z.____ diagnostizierten im November 2008 (Urk. 10/16/4-10) eine Panikstörung mit Agoraphobie (ICD-10 F40.01) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit so wie Störungen durch Alkohol, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.25) als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 25. April 2016 (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Y.____-Gutachten vom November 2015 (vorstehend E. 4. 4),

wonach keine für die Arbeitsfähigkeit relevanten psychiatrischen Diagnosen vorliegen. Die Gutachter diagnostizierten jedoch ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und nannten als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Alkoholabhängigkeit, aktiven Konsum (ICD-10 F10.25), Untergewicht (BMI 18 kg/m²) sowie einen persistierenden Nikotinkonsum. 5.2

Das polydisziplinäre Y.____-Gutachten vom November 2015 umfasst die Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Rheumatologie. Die Gutachter verfügen über die entsprechenden Facharztstitel und waren somit in ihren Fachgebieten grundsätzlich zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin befähigt.

Die Gutachter berücksichtigten die geklagten Beschwerden und das Verhalten der Beschwerdeführerin in und erstellten ihren jeweiligen Teil des Gutachtens in Kenntnis der Vorakten (vorstehend E. 4. 4). Die gestellten Diagnosen als auch die Schlussfolgerungen zur Arbeitsfähigkeit werden im Gutachten ausführlich begründet und sind nachvollziehbar. Damit erfüllt das Y.____-Gutachten – entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin - die bundesgerichtlichen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vorstehend E. 1.5) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abzustellen ist. 5.3

Gemäss dem Y.____-Gutachten liegen keine für die Arbeitsfähigkeit relevanten psychiatrischen

Diagnosen vor (vorstehend E. 4.4). Die Gutachter begründeten

den psychisch unauffälligen Status der Beschwerdeführerin damit, dass

sich während der psychiatrischen Untersuchung in objektiver Hinsicht ein völlig unauffälliger psychopathologischer Befund ergeben habe. So habe es keine Zeichen einer Ermüdung gegeben, es sei eine überdurchschnittlich gute Merkfähigkeit sowie eine sehr gute Konzentration festgestellt worden, wobei die Schilderungen der Beschwerdeführerin in Bezug auf Panikattacken am ehesten einem präsynkopalen Zustand entsprächen, zumal

keine eigentliche paroxysmale Angstsymptomatik geschildert werde (Urk. 10/123/40-41). Das Vorliegen von agoraphobischen Ängsten wurde von den Y.____-Gutachtern mit der nachvollziehbaren Begründung verneint, dass es sich dabei um habituiertes Verhalten der Beschwerdeführerin handle. Bezüglich der Diagnose einer Alkoholabhängigkeit führten die Y.____-Gutachter sodann aus, dass die Beschwerdeführerin trotz langem Bestehen der Alkoholproblematik kognitiv mnestisch sowohl subjektiv als auch bei objektiver Prüfung intakt sei. Eine bleibende organische Hirnschädigung komme daher nicht in Betracht (Urk. 10/123/41). In der aktuellen Untersuchung habe sich die Beschwerdeführerin im erheblichen Ausmass manipulativ präsentiert, wobei der beliebige Umgang mit Informationen, ihr Bestreben, sich in möglichst günstigem Licht darzustellen sowie ihr externer Attributionsstil deutlich zum Vorschein gekommen seien. Weiter wurde die Neigung der Beschwerdeführerin, für das eigene Verhalten plausible rationalisierende Erklärungen anzubieten, von den Y.____-Gutachtern als Zeichen einer dissozialen Persönlichkeitsakzentuierung gesehen. Andere nach ICD-10 diagnostizierbare psychische Störungen lägen bei der Beschwerdeführerin nicht vor (Urk. 10/123/41-42).

Dem rheumatologischen Teilgutachten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführerin aufgrund der radiomorphologischen degenerativen Veränderungen vor allem des unteren Achsenskeletts, aber auch der HWS, muskuloskelettär eine etwas verminderte Belastbarkeit zuzuerkennen sei. Die Y.____-Gutachter führten jedoch aus, dass sich zum Untersuchungszeitpunkt keine Zeichen einer radikulären Symptomatik fänden (Urk. 10/123/51-52).

Die Y.____-Gutachter nahmen zur Veränderung der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin ausdrücklich Stellung und begründeten einlässlich und sorgfältig, dass sich der Gesundheitszustand aus psychiatrischer und aus rheumatologischer Sicht im Vergleich zur Rentenzusprache im Jahre 2009 verbessert habe, zumal eine relevante Angsterkrankung sowie eine relevante affektive Erkrankung aktuell hätten ausgeschlossen werden können (Urk. 10/123/21-22). Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. So zeigten die Gutachter in nachvollziehbarer Weise auf, dass bei der Beschwerdeführerin aktuell aufgrund der erheblichen, objektiven somatischen Befunde und einer fehlenden klinisch relevanten, leistungsbeeinträchtigenden psychischen Störung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl für die angestammte wie auch für angepasste Tätigkeiten mehr vorliege. 5.4

Nach

dem Gesagten wurde im Y.____-Gutachten schlüssig begründet, dass aktuell weder aus somatischer noch psychiatrischer Sicht eine objektivierbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit besteht (vorstehend E. 4. 4). Vor diesem Hintergrund ist dem Y.____-Gutachten folgend von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen. 5.5

Soweit die Beschwerdeführerin geltend machte, der medizinische Sachverhalt sei nicht umfassend abgeklärt, und es seien deshalb weitere Abklärungen zu treffen, ist festzuhalten, dass sowohl der psychische wie auch der physische Gesundheitszustand sowie die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in den Beurteilungen gebührend berücksichtigt wurden. Die Beschwerdeführerin vermochte so dann nicht

weiter darzutun, inwiefern die Aktenlage unzutreffend beziehungsweise unvollständig ist. Da der Sachverhalt nach dem Gesagten durch weitreichende medizinische Einschätzungen abgeklärt wurde, erweisen sich die vorliegenden medizinischen Akten als ausreichend. So lassen auch die neuesten von der Beschwerdeführerin eingereichten Berichte des C.____ (vorstehend E. 4.5) und der Ärzte der Z.____ (vorstehend E. 4.6) nicht darauf schliessen, dass eine neue Begutachtung zu einem anderen Resultat führen würde. Den Berichten ist nichts Anderes beziehungsweise Neues zu entnehmen, das geeignet wäre, das Y.____-Gutachten in Zweifel zu ziehen. So führten die Ärzte der Z.____ in ihrem Bericht in erster Linie die bereits aus Vorberichten bekannten Diagnosen einer Panikstörung mit Agoraphobie, einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode sowie einer Störung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom mit ständigem Substanzgebrauch auf, erwähnten jedoch weder die erhobenen Befunde, noch gaben sie eine durch Befunde untermauerte medizinisch-theoretische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ab. Gemäss Ausführungen im Bericht fanden die Konsultationen sodann seit Juni 2015 lediglich noch telefonisch statt und auch die medikamentöse Compliance sei ungewiss, da eine Bestimmung des Medikamentenspiegels bisher nicht vorgenommen worden sei. Auf diese Beurteilung kann somit weder in Bezug auf die Diagnosestellung noch auf die Angabe der Arbeitsunfähigkeit abgestellt werden. Sie vermag somit keine Zweifel an der schlüssigen und nachvollziehbaren gutachterlichen Beurteilung aufkommen zu lassen.

Sodann ist bei Berichten von behandelnden Ärzten der Erfahrungssache Rechnung zu tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen). Zwar kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte oft wertvolle Erkenntnisse hervorbringen. Jedoch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-) Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des bestellenden fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, da die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3; SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E. 2.2.1). Dies ist vorliegend nicht der Fall. 5.6

Die Einwände der Beschwerdeführerin in Bezug auf die medizinischen Abklärungen sind nach dem Gesagten unbehelflich. Weitere substantiierte Einwände brachte sie nicht vor.

Zusammenfassend wurden somit keine Erkenntnisse vorgebracht, welche die Beurteilung durch die Gutachter umzustossen vermöchten. Auf weitere Abklärungen kann deshalb verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157). 5.7

Nach der Würdigung der medizinischen Akten ist zusammenfassend festzuhalten, dass auf die überzeugende, nachvollziehbare und ausführlich begründete Einschätzung der Y.____-Gutachter abzustellen und der medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt ist, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache im April 2010 wesentlich verbessert hat und bezüglich der Arbeitsfähigkeit von einer 100%igen Zumutbarkeit auszugehen ist (vgl. auch vorstehend E. 4.4).

Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht eine revisionsrelevante Sachverhaltsänderung angenommen und eine Renteneinstellung verfügt. Die Beschwerdegegnerin hat in Übereinstimmung mit Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV die Rentenaufhebung auf den ersten Tag des zweiten der Zustellung der angefochtenen Verfügung vom 25. April 2016 folgenden Monats verfügt.

Die angefochtene Verfügung vom 25. April 2016 (Urk. 2) erweist sich deshalb als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Die Beschwerdegegnerin ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdegegnerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdegegners oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Schüpbach

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem

Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.